

Encuesta de la Evaluación Servicios (ESS) – CO

Gracias por su ayuda. Su participación es voluntario y toda la información es confidencial. La información de esta encuesta no se utilizará para tomar decisiones acerca de sus servicios, ahora o en el futuro.

Instrucciones: Por favor marque con un circulo el número que describa cómo se siente usted.

Fecha de Hoy: _____

	<i>No aplica</i>	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
--	------------------	--------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------	-----------------	-----------------------

A. Sobre estos servicios:

1. Este programa me ayudó a satisfacer mis necesidades.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me dieron información y referencias para otros servicios que puedo necesitar.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me dieron información sobre cómo las leyes pueden ayudar a protegerme.	0	1	2	3	4	5	6
4. Me dieron pasos reales que puedo utilizar para ayudarme a mantener mi seguridad.	0	1	2	3	4	5	6
5. Si necesito ayuda en el futuro, regresaría a este programa de nuevo.	0	1	2	3	4	5	6

B. Personal de este programa:

1. El personal me trató con respecto.	0	1	2	3	4	5	6
2. El personal me ha apoyado en tomar mis propias decisiones.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fueron capaces de explicar las cosas de manera que pude entender.	0	1	2	3	4	5	6

C. Después de la consejería en este programa:

1. Entiendo mejor los efectos del abuso en mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
2. Entiendo mejor que no soy responsable por el abuso.	0	1	2	3	4	5	6
3. Tengo más confianza acerca de las decisiones que tomo.	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿A cuántas sesiones de consejería individual asistió usted?	0	1	2	3	4	5	6+
5. ¿A cuántas sesiones de consejería en grupo asistió usted?	0	1	2	3	4	5	6+

Cliente por favor complete el siguiente formulario:

<p>Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero</p> <p>Edad: <input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/ Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otra Raza</p>	<p>Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer/Otro</p> <p>Número de Niños: _____</p> <p>Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho</p> <p>Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> 8vo Grado o menos <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> 8vo Grado sín graduarse <input type="checkbox"/> Graduado de la undersidad <input type="checkbox"/> Secundaria/ GED <input type="checkbox"/> Grado Avanzado</p>
--	---

PROGRAM USE ONLY – *Required completion with Survey Identifier

*Agency Name: _____ * session count: _____ *Date: _____